Señora Doña Hilaria H. de Mor...
Su af...
El autor

Indicaciones del Parto Prematuro Artificial y de la Sinfisiotomía.

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DEL CENTRO

POR

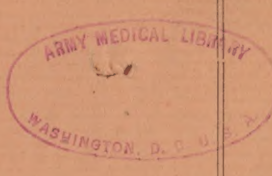
FABIAN ALVARADO P.

Ex-interno de los Hospitales "Militar," "Modelo" y "Ferrocarril," ex-primer externo del Primer Servicio Quirúrgico en el Hospital General, ex-primer practicante del Conservador de la Vacuna y ex-primer practicante interno del Asilo de Dementes.

EN EL EXAMEN PREVIO A SU INVESTIDURA DE

Médico y Cirujano

OCTUBRE 5 DE 1895



GUATEMALA
Establecimiento Tipográfico LA UNIÓN, Octava Calle Poniente Número 6
Teléfono Número 431

Indicaciones del Parto Prematuro Artificial y de la Sinfisiotomía.

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DEL CENTRO

POR

FABIAN ALVARADO P.

Ex-interno de los Hospitales "Militar," "Modelo" y "Ferrocarril," ex-primer externo del Primer Servicio Quirúrgico en el Hospital General, ex-primer practicante del Conservador de la Vacuna y ex-primer practicante interno del Asilo de Dementes.

EN EL EXAMEN PREVIO A SU INVESTIDURA DE

Médico y Cirujano

OCTUBRE 5 DE 1895

GUATEMALA

Establecimiento Tipográfico LA UNIÓN, Octava Calle Poniente Número 6

Teléfono Número 431

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

Facultad de Medicina y Farmacia del Centro

Decano	Dr.	Don	Juan J. Ortega
1er Vocal	,,	,,	Mariano F. Padilla
2.° ,,	,,	,,	Julián Rosal
3.° ,,	,,	,,	Mariano Montenegro
4.° ,,	,,	,,	Luis A. Abella
Srio.	,,	,,	Ernesto Mencos

Suplentes

Decano	Doctor	don	David Luna
Vocal 1°.	,,	,,	Fabricio Uribe
,, 2°.	,,	,,	J. Luis Estrada
,, 3°.	,,	,,	Demetrio Orantes
,, 4°.	,,	,,	Carlos Klée.
Srio.	,,	,,	Alberto Padilla

Tribunal que practicó el exámen general privado

Decano	Dr.	Don	Juan J. Ortega
Vocal 1°.	,,	,,	Mariano F. Padilla
,, 2°.	,,	,,	Demetrio Orantes
,, 3°.	,,	,,	Luis Toledo H.

Srio. accidental Dr. Don Juan I. Toledo

Sólo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en las tesis. (Artículo 286 de la L. de I. P.

A mi Adorada Madre

Es inefable el gozo que experimento al dedicarte ésta: hónrame aceptándola como débil muestra de mi amor filial.

A la memoria del Presbítero

Don José Diego Arévalo

Eterna gratitud.

A los Señores:

Licdo. Don Abrahám Morán

Lic. Dn. Francisco Contreras B.

y

Don Fernando Morales.

Distinguido Aprecio.

Honorable Junta Directiva

Señores:

El deficiente é incorrecto trabajo que he sometido á vuestro elevado criterio, ningún mérito tiene, nada hay en él de original en su parte científica, ni elegancia en lo literario.

La gratitud inmensa que tengo á mis ilustrados maestros, la adhesión y simpatías que á mis compañeros profeso, el cumplimiento de un deber y el pleno conocimiento que tengo de la bondad é indulgencia que caracteriza al personal de esta ilustrada Junta, me permite y de una manera imponente me exije el dirijiros la palabra.

Muy elevada es la misión del Médico para con sus semejantes, muy difícil el estudio teórico-práctico de su profesión, muy penoso el ejercicio de sus funciones; pero muy satisfactorio el cumplimiento de sus deberes.

Nada sobre la tierra hay más apreciable que la salud del cuerpo y esto se llega á comprender cuando se pierde; en los días fatigados, en las horas de dolor y en los momentos de tristeza y desesperación, solo resplandece la figura simpática del médico á la cabecera del enfermo.

El convencimiento de esta verdad y el deseo de ser útil á mis semejantes, me han inspirado la idea de seguir la carrera médica á pesar de hallarme desprovisto de la capacidad que requiere; pero alentado por el apoyo que ofrecen los sabios profesores con sus lecciones y los libros, con sus conocimientos, no he desmayado en seguir adelante hasta la conclusión de tan honrosa carrera.

Para concluir, séame permitido hacer aquí pública manifestación de mi amor respetuoso y eterno agradecimiento por los constantes desvelos de mi madre, cuyo único afán ha consistido siempre en la educación y felicidad de sus hijos.

Mis maestros, en segundo lugar, han contribuido grandemente en la obra de mi madre. A sus sabias lecciones debo los pocos conocimientos que poseo.

Reciban todos ellos la expresión más sincera de mi profundo reconocimiento.

Parto Prematuro Artificial

Definición.—El Parto Prematuro Artificial, es una intervención destinada á interrumpir el curso normal de la gestación, antes de su término fisiológico y en cuya virtud se expulsa del claustro materno el producto de la concepción, en época en que sea viable.

Resúmen Histórico.—Registrando su historia encontramos que, por esa mutación propia de todo aquello que tubo por base la experiencia, ha tenido épocas de brillo y decaimiento; que grandes notabilidades, cuya memoria respetamos, lo han aceptado unas y refutado otras, llegando hasta el extremo de creerlo un crímen; que en Londres por el año de 1756 esta operación fué considerada por un congreso de prácticos eminentes como "ventajosa y aprobada por la moral" y puesta en práctica por Macaulay; que de la Gran Bretaña, que algunos conceptúan como lugar donde nació la idea, pasó en 1804 á Alemania donde fué preconizada y defendida por Wenzel, después en 1831 fué Stolz el primero que llevó á cabo en Francia el parto prematuro provocado, que había sido proscrito en 1827 por la Academia, hasta que implantado con la fuerza y claridad de los hechos, tomó asiento definitivo en el vasto campo de las Ciencias Biológicas.

Indicaciones.—Una de las condiciones que podemos considerar como indispensable para que se pueda provocar el parto, es la viabilidad del feto, veamos, aunque de una manera lijera lo que nos dicen las leyes y la Fisiología sobre asunto tan importante.

La ley de Francia fija el fin del sexto mes como época en que el feto puede ser viable; las leyes alemanas y austriacas indican este mismo tiempo con diferencia de días y la inglesa da el séptimo mes, sin especificar si al principio ó al fin. La Fisiología nos enseña que el estado del feto al sexto mes, salvo excepciones, no le permite ponerse en condiciones de poder vivir independientemente de la madre. Si bien es cierto que el tiempo fijado por las leyes es indispensable para que el feto sea viable, por tener en esa edad sus órganos bien desarrollados, en cambio creo en mi humilde concepto, que á pesar de su integridad se encuentra en un estado tal de debilidad que difícilmente podría llenar sus funciones, y esto nos lo enseña la experiencia de casos en que los niños nacidos al sexto mes, son casi siempre endebles ó raquíticos, consecuencia á mi juicio lógica, de la razón expuesta yá.

Analizada la cuestión desde el punto de vista del parto prematuro, se tiene que ser más exigente; se debe esperar, en obsequio del buen resultado para la madre y el niño el fin del séptimo mes ó los primeros días del octavo, pudiendo estar seguros de que el medio que ponemos en ejecución será eficaz en resultados para ambos.

Resuelto el punto sobre viabilidad del feto; vamos á tratar de los casos que reclaman el parto provocado.

Los vicios de conformación de la pélvis ocupan preferente lugar:

Cuando hay desproporción entre la hilera pelviana y el feto.—Se pueden considerar tres casos: por deformación

pelviana, por exceso de volúmen del feto ó por ambas circunstancias reunidas.

En el primer caso cuando hay deformación pelviana y el diámetro ántero-posterior está por encima de nueve centímetros, el parto llegará á su término: si su diámetro está comprendido entre seis y nueve, es el caso preciso del parto prematuro provocado. La época de practicarlo nos será indicada por la cifra representativa de la medición pelviana.

El Dr. Auvard (1) trae con este objeto la tabla siguiente:

Pélvis de 6 cent.	Provocación á los 6 meses	(principio del 7º mes)
„ „ 6½ „	„ „ „ 6½ „	(mitad del 7º „)
„ „ 7 „	„ „ „ 7 „	(principio del 8º „)
„ „ 7½ „	„ „ „ 7½ „	(mitad del 8º „)
„ „ 8 „	„ „ „ 8 „	(principio del 9º „)
„ „ 8½ „	„ „ „ 8½ „	(mitad del 9º „)

Los medios que la ciencia pone á nuestra disposición para medir la pélvis son los pelvímetos, entre los que figuran el de Baudelocque y Van Heuvel, ambos modificados por varios autores; mas como asegura el profesor Cazeaux, una vez que el hábito nos ha ejercitado, el mejor pelvímetro es el dedo aplicado con todas las reglas que nos da la Tocología.

Cuando el volúmen del feto es excesivo.—Esta causa de distocia puede constituir una indicación de las más precisas del parto prematuro en casos de hipermegalia de una región fetal como la hidrocefalia, el hidrotórax, la ascitis, los tumores y las monstruosidades. En todos estos casos se puede decir: que la intervención del tocólogo es arbitraria por lo difícil que es el determinar con precisión la época exacta en que debe ser provocada la expulsión.

(1) Trat. de Partos. 1893. París.

Cuando hay deformación pelviana y excesivo volúmen del feto.— En estas dos circunstancias, se tomará por base para la indicación y para la época de la expulsión, lo que se ha indicado para cada uno de ellas en particular, siéndonos de suma importancia el comparar el volúmen de la cabeza con las dimensiones de la pélvis por medio del ensayo *céfalo-pelviano* que nos proporcionará preciosos servicios cuando se trate de establecer esta indicación.

No solo los defectos de parte de la pélvis figuran como causa legítima para provocar el parto; el crecido número de enfermedades que, ya propias del estado de gestación, ya intercurrentes atacan con tanta frecuencia á la mujer en este período, constituyen motivos para que, con la prudencia, buen criterio y juicio que deben siempre acompañar al médico en todos los actos en que se convierte en depositario de la más honrosa de las confianzas, las examine y obre en consecuencia.

Prácticos de primera nota han aconsejado el parto prematuro artificial en los vómitos incoercibles, en la anemia grave perniciosa, en la albuminuria, la eclampsia, la uremia, la hidropesía del amnios. En casos de accidentes pulmonares que agravados por el embarazo ponen en peligro á la madre; en las hemorragias, casi siempre copiosas, consecutivas á la inserción viciosa de la placenta en el cuello; igualmente se ha llevado á efecto cuando hay una enfermedad adelantada del corazón ó de los gruesos vasos que de él emergen; cuando por el obstáculo á la circulación de retorno, observamos esos várices que comprometen seriamente la vida de la mujer; en las hemorroides, que tanto se exasperan por la compresión que el útero ejerce sobre los plexos venosos colocados en su vecindad, dando lugar á grandes pérdidas sanguíneas; en los ataques de histerismo ó epilepsía que se resisten á todos los medios terapéuticos y que hallan aumen-

tado en número é intensidad en el período de preñez; en fin, la depleción uterina, resultado del parto provocado, constituye muchas veces nuestro único y último recurso, garantizando así, cuando se lleva á cabo por los medios que la ciencia nos enseña, al menos la vida siempre valiosa de una madre, que de otro modo habría sido casi fatalmente arrastrada á la muerte.

Hay una indicación fetal proporcionada por el estado patológico conocido con el nombre de *muerte habitual*, en cuyo caso convendrá practicar el parto prematuro unos ocho días ántes próximamente del tiempo en que el feto haya sucumbido en otros partos anteriores, con el objeto de salvarlo; más si la muerte precede al último trimestre del embarazo, la indicación desaparece.

Contraindicaciones: 1° *muerte del feto*, en cuyo caso es inútil provocar la expulsión porque no tardará en producirse expontáneamente; 2° *un estrechamiento muy marcado de la pélvis* para dejar pasar al feto ó los instrumentos necesarios para su extracción y 3° *el estado grave de la madre*, cuando éste sea tal que pueda terminar con la muerte en caso de practicarlo, salvo que el objeto principal sea el de salvarle la vida.

Procedimientos Operatorios

Indicadas aunque de una manera imperfecta las causas que exijen el parto prematuro artificial, pasemos á la enumeración de los medios de que se dispone para verificarlo.

Hay varios procedimientos de los cuales nos podemos servir para llegar á este fin; el Profesor Cazeaux después de hacer un detenido estudio sobre ellos los coloca en tres categorías: unos que afectando en primer lugar la organización general, excitan en segundo las contracciones de la matriz; otros por cuyo medio y por acción refleja nos dan el propio resultado, y los últimos, aquellos con los cuales de una manera directa y mecánica influenciamos el útero de tal manera que obtenemos el fin apetecido y que son de los que voy á ocuparme, en atención á que cuando nos hallamos en la necesidad de provocar el parto, debemos hacer uso de medios que sean seguros y enérjicos.

Estos medios son: excitación externa del cuerpo del útero, excitación periférica del hocico de tenca, dilatación del cuello, excitantes colocados entre las paredes uterinas y el huevo y perforación de las membranas. Los describiremos siguiendo este mismo orden.

La excitación externa del cuerpo del útero, para cuyo fin tenemos las fricciones repetidas en la parte anterior é inferior de la cavidad ventral, á la par que uno ó dos dedos introducidos en la vagina hasta tocar el hocico de tenca, lo mismo que la electricidad, son recursos en que se fundó mucha esperanza pero que ya en la práctica no han respondido á la que en ellos se cifraba, razón porque á la fecha se encuentran casi abandonados. Debemos sí, tener muy en cuenta las fricciones como medio accesorio muy útil en los demás procedimientos pues es incuestionable que coadyuvan al fin capital: hacer que la matriz por sus contracciones expela su contenido.

El segundo consiste en la excitación de la periferie del hocico de tenca, para la que tenemos varios procederes, entre ellos el de Hüter, Schoeller, Braun y los chorros uterinos.

El de Hüster consiste en introducir en la vagina y hasta el cuello uterino una vejiga animal llena de agua que por exósmosis trasudaría é irritaría mecánicamente el útero provocando sus contracciones.

El de Schoeller, se funda en la irritación producida por tapones ó bolas de hilas enceratadas y unidas por un cordonete que facilita su extracción.

El Dr. Braun, reemplaza el tapón por una bolsa de cantchuc vulcanizado de 25 á 30 lineas de diámetro que él llama *colpeurinter*.

Los chorros uterinos, inventados por Kiwich, obran por las contracciones que provocan á beneficio de corrientes dirigidas al cuello del útero.

La dilatación del cuello uterino es otro de los procedimientos que se han empleado con el fin de que tratamos; es muy útil, por que si ella por si sola no lo verifica, deja campo abierto para que después se pueda introducir cuerpos extraños que por su permanencia entre las paredes del útero y las membranas, provoquen contracciones suficientes á la expulsión del feto, ó bastante abertura del mismo para poder con facilidad hacer la punción de las mismas membranas lo que indefectiblemente daría el resultado que buscamos.

El procedimiento de Kluge, obra en virtud de la permanencia de un cuerpo extraño que introducido en la cavidad del cuello y excitando por consiguiente el útero provoca sus contracciones.

El de la esponja preparada que no describo por ser muy conocido.

Con el mismo fin de dilatar el cuello se han hecho varios aparatos que llevan el nombre del inventor estos son: los dilatadores de Busch, el Esfeno-Sifón de Schackenberg y el de Barnes.

Otro de los recursos de que se dispone para el objeto que nos ocupa, y muy eficaz según opinión de

célebres comadrones, es el de los excitantes colocados entre las paredes uterinas y el huevo.

La historia nos dice que fué Hamilton quien por primera vez ideó ésta operación. Este introducía el dedo entre las paredes uterinas y las membranas, y desprendiéndolas provocaba el parto.

Campbell juzgando brusco y peligroso el método de Hamilton, construyó una sonda que evitando la rotura de las membranas la colocaba entre ellas y la matriz.

El método de Cahén consiste en la inyección entre las paredes uterinas y las membranas, de un líquido, agua de brea en cantidad de dos á tres onzas.

El de Krausse, se funda en la introducción de una sonda blanda de cautchuc de 5 á 6 milímetros de diámetro y de 6 á 8 pulgadas de longitud la que se sumerje durante algunas horas en una solución de sublimado al 1/6000, iutroduciéndola después con la mayor suavidad en la cavidad uterina entre ésta y las membranas hasta que sobrevengan las contracciones que se presentan algunas horas ó pasados uno ó dos dias de que el trabajo ha comenzado.

Los dilatadores intra-uterinos son instrumentos de cautchuc, del grueso de una pluma de ganso, huecos y capaces de adquirir, hácia la extremidad que debe introducirse entre el útero y las membranas, una forma de ampolla que alcanza el tamaño de un huevo grande de paloma, debido á la menor resistencia de sus paredes en este punto; por la otra extremidad que queda fuera de la vulva tiene una pequeña llave que asegura la no salida del líquido y evita la entrada del aire.

Estos mismos modificados por Tarnier, constan de un tubo de cautchuc y un conductor que los dirige convenientemente á la cavidad uterina. Para usarlos no hay mas que dirigir el conductor, hecho aséptico, ayudado de los dedos medio é índice de la ma-

no izquierda, la extremidad opuesta á la que tiene la llave hacia el hocico de tenca, y salvado éste y la ca-cavidad del cuello hasta traspasar su orificio interno, se hace penetrar la extremidad del tubo entre las membranas y el útero. El instrumento indica por medio de un pequeño relieve que tiene el conductor á cuatro pulgadas de su extremidad interna, hasta donde se debe introducir el tubo; se retira con suavidad el conductor y un ayudante con una jeringa de pistón graduado que contenga próximamente 40 gramos de agua tibia préviamente desalojado de ella el aire que pudiera contener, la adapta á la llave metálica y hace la inyección despacio pero con fuerza, á fin de que la impulsión dada al líquido sea bastante para dilatar la parte terminal, que es la que permanecerá entre el útero y las membranas. Una vez hecho esto se ata fuertemente el tubo á su salida de la vulva, se extrae con cuidado el conductor metálico, separando también la llave metálica, que por su peso y forma molestaría á la paciente y expondría al desprendimiento del dilatador antes de tiempo; asi quedan libres las mujeres, siendo muy útil que permanezcan de pié cuanto sea posible, porque de este modo la vejiga del dilatador irritaría directamente el orificio interior del cuello y se provoca más aprisa el parto (1)

Las contracciones dilatan el cuello, y entónces el tubo cae en un tiempo variable, que en lo general es de 10 á 12 horas; si en este momento se detiene el parto es necesario hacer andar á la enferma ó aplicarle el balón de Champetier de Ribes.

---

(1) Este dilatador, tuve oportunidad de verlo aplicar en el mes de mayo del presente año, por mi ilustrado Profesor de Clínica Dr. Ortega en un caso de aborto provocado por vómitos incoercibles.

Este balón tiene la ventaja de dilatar el útero y la vagina á la vez: está constituido por una bolsa de seda cubierta por ambas caras de dos capas de cautchuc, tiene la forma de un cono de 12 centímetros de altura; en su parte más estrecha termina por un tubo de 65 milímetros de longitud y dos centímetros de diámetro, provisto en su extremidad libre de una llave que se puede abrir y cerrar á voluntad.

Para facilitar su introducción nos podemos valer de una pinza curva en cuyas ramas se coloca. La manera de aplicarlo, es introduciendo primero con suavidad la mano izquierda en la vagina haciendo llegar el dedo índice al orificio interno del útero el cual sirve de guía para la introducción del saco. Cuando se ha hecho penetrar suficientemente se le inyectan algunos gramos de agua fenicada extrayendo á continuación la pinza conductora.

Colocado el balón en su cavidad, sobrevienen en un tiempo variable 3 ó 4 horas, las contracciones uterinas; la mujer experimenta dolores más ó ménos agudos; el saco es empujado de arriba á bajo dilatando á su paso el segmento inferior del útero, el cuello y la vagina. Es raro que el parto no tenga lugar en las 24 horas consecutivas á la introducción del saco. Este desvia es verdad, el polo fetal, pero este inconveniente exije simplemente una vigilancia más activa. Puede suceder que halla que modificar el volúmen del saco para que obre, vaciándole ó llenándole más.

El dilatador de Champetier no puede provocar hemorragias y hasta las detiene en caso de placenta prévia.

Evita la completa salida del líquido amniótico cuando las membranas se rompen bajo su acción.

El procedimiento de perforación de las membranas es tenido por muchos Tocólogos como el último recurso que se debe emplear para provocar el parto:

no porque no sea eficáz, pues visto bajo este aspecto podríamos colocarlo en primer término, sinó porque expone á la criatura á peligros muy graves, como la compresión del cordón que interrumpe le circulación feto-placentaria por la pronta evacuación del líquido amniótico. Para obviar esta dificultad el Dr. Meissner ha puesto en práctica el procedimiento que consiste en perforar las membranas en la parte superior cerca del fondo del útero, valiéndose para ello de la sonda que lleva su nombre.

De todos los procedimientos mencionados, el que á mi juicio llena más cumplidamente su objeto es el de los *excitantes colocados entre las paredes uterinas y el huevo*, que comprenden los de Cahén, el de Krausse y el de los dilatadores intra-uterinos que son los medios de llevar á cabo el parto según el procedimiento á que me inclino; y entre estas variedades la menos inofensiva es la de los dilatadores intra-uterinos, porque el instrumental que requiere es muy sencillo, de fácil manejo y barato, porque no condena á la paciente á un reposo absoluto ni le molesta el dilatador una vez colocado.

Los prolijos y muy numerosos cuidados que exijen la madre y el niño después del parto prematuro, constituyen accesorio muy importante de la operación, los que no describiré porque sería hacer demasiado extenso y cansado este trabajo.

Pronóstico.—Para la madre es muy favorable cuando se provoca el parto con todas las reglas de la antisepsia.

El Profesor Pinard, ha provocado 100 partos prematuros y entre ellos no ha tenido un solo caso desgraciado.

Para el niño es más reservado, siendo mayores las probabilidades de vida, cuanto más se aproxima la época en que termina la gestación.

La Estadística más completa establecida en 1893 es la Wider, de la cual resulta que la mortalidad producida es próximamente:

Para las madres de 5 por 100.

Para los niños de 50 por 100.

Es probable que en la actualidad con el perfeccionamiento que han adquirido los procedimientos operatorios la mortalidad sea mucho menor.

Sinfisiotomía

Definición.—Es una operación que consiste en abrir la sínfisis pubiana para obtener la separación momentánea de los dos huesos iliacos aumentando así los diámetros de la hilera pelviana.

Historia.—En el año de 1768 J. R. Sigault originario de Dijon en Francia, fué quien se imaginó que esta operación era practicable, siendo Dominico Ferrara de Nápoles quien la ejecutó por primera vez en 1774. Tres años después una mujer llamada Souchot fué operada por Sigault con feliz éxito para ella y para el niño. Los estudios de Sigault fueron acojidos con entusiasmo por la Facultad de Medicina de París, la cual decretó se premiara al inventor con una medalla de oro.

Gran número de operaciones se practicaron en Francia y otras naciones con diversos resultados, lo que dió lugar á que se orihinara una polémica entre sinfisiotomistas y cesareanos sobre la cual ha hecho Desforges en su tesis inaugural un estudio interesante.

Entre los adversarios que tuvo la Sinfisiotomía.

el más encarnizado fué Baudelocque quien se pronunció en 1776 contra dicha operación. P. Dubois y Desormeaux la consideraron de poca utilidad; Velpeau, Jacquemier y Cazeaux aunque no la practicaban la creían indicada en algunos casos.

Tarnier dijo: " *que no era ridículo ni temerario pensar que la sinfisiotomía con el tiempo sería el complemento del parto prematuro.*"

Morisani en su trabajo sobre las estrecheces de la pélvis en 1863, trae un capítulo interesante sobre la sinfisiotomía, siendo á él á quien se debe el que esta operación continúe siendo un timbre de gloria para la Escuela de Nápoles.

En 1891, Spinelli antiguo ayudante de Morisani llegó á París, donde practicó varias operaciones habiendo obtenido admirables resultados, lo que llamó la atención de Pinard, quien se unió á Farabeuf y Varnier para comenzar sus experiencias sobre el aumento de los diámetros pelvianos obtenido por la sinfisiotomía.

En Europa y América se generalizó desde que Pinard la puso en práctica en 1892, quien la recomienda y ejecuta actualmente y casi todos los días en la Clínica á Baudelocque.

Indicaciones.—Para que esta operación sea practicable es necesario: 1º. que el feto esté vivo ó sea viable, es decir que su vitalidad no halla sido comprometida gravemente por una complicación tal como la procidencia del cordón ó por tracciones intempestivas hechas con el fórceps siendo éstas frecuentes y de alguna duración y 2º. que la pélvis se encuentre estrecha; desprendiéndose de este caso dos categorías de hechos según que el tocólogo sea llamado cuando la mujer se encuentre en los últimos días del embarazo, ó en el momento del parto cuando préviamente se hallan hecho tracciones inútiles.

A.—*La mujer ha llegado al fin de la gestación: se sabe que hay una estrechez de la pélvis y por consiguiente desproporsión en el volúmen del feto y los diámetros pelvianos.* Pueden considerarse dos casos: 1º. cuando se encuentra el ovoide cefálico en el estrecho superior, dilatado el cuello del útero, la bolsa de las aguas rota natural ó artificialmente, é inmóvil la cabeza después de dos ó tres horas de trabajo, no queda otro recurso que intervenir pronto para lo cual algunos autores aconsejan una aplicación moderada y prudente del fórceps y otros entre ellos, Pinard y Varnier, recomiendan como único recurso lo sinfisiotomía; 2º. Si la dilatación del orificio uterino se verifica con lentitud é irregularidad á consecuencia de la falta de encajamiento fetal producida por la misma estrechez, la bolsa de las aguas se rompe prematuramente ó al fin del trabajo, se advierte la pérdida del meconio y la aritmia en los latidos del feto, el tocólogo se encuentra en una disyuntiva: ó deja que el niño sufra haciendo una aplicación tardía del fórceps para extraerle muerto ó procede á la extracción inmediata para lo cual no siendo completa la dilatación del cuello se produciría una rasgadura de éste.

B.—*El tocólogo es llamado para terminar la extracción del feto que aún vive cuando préviamente se han hecho tracciones inútiles*: En este caso el único recurso que da esperanzas de salvar el infante es la sección del púbis. (1)

Contraindicaciones.—Así como la viabilidad del feto es una indicación precisa para la sección del púbis; la muerte de éste sería una contraindicación formal no quedando otro medio para salvar á la madre que la embriotomía. Se considerará también como contrain-

(1) Précis D'Obstétrique. Rivemont–Dessaignes. París. 1894.

dicada en la excesiva estrechez de la pélvis, cuando ésta se reduce de tal manera que impide la embriotomía y hace peligrosa la sinfisiotomía.

Procedimientos Operatorios

Es considerable el número de procedimientos que se han inventado con este fin; entre ellos tenemos el de la incisión subcutánea ó submucosa; los de Novi y Morisani; el procedimiento francés que no es más que el de Sigault y Leroy modificados y el de Farabeuf que es el que Pinard practica actualmente en la Clínica Baudelocqne.

El procedimiento que á continuación describiré es el de Farabeuf modificado por el Dr. Lop Jefe de Clínica de la Escuela de Medicina de Marsella que se encuentra extensamente descrito en varios números de la "Gaceta de los Hospitales" de París, el cual en mi humilde concepto es el que reune mejores condiciones.

La operación se divide en cuatro tiempos: 1°. Incisión de los tegumentos y sección de la sínfisis, 2°. separación de los huesos iliacos, 3°. extracción del feto y 4°. sutura de la herida.

Antes de principiarla el Cirujano deberá hacer los preparativos siguientes: explorar con atención la región pubiana, limitar bien sus bordes y averiguar sus relaciones con el clítoris. Hacer la *toilette* del lugar que se va á operar y á continuación el cateterismo explorador de la vejiga con el objeto de vaciarla y ver si desborda más ó menos de la sínfisis. Tendrá si es posible cuatro ayudantes: uno para la anestesia.

dos que sujeten los muslos y el otro se encargará de los instrumentos.

Incisión de los tegumentos y sección de la Sínfisis.—Préviamente anestesiada la mujer, y dilatado el cuello del útero y la vagina, se coloca en el borde libre de la cama y á través de ésta con las piernas en flexión y separadas por dos ayudantes. Se hace una rigurosa antisepsia del tronco, miembros inferiores, vulva, vagina y recto. Para evitar el corrimiento de líquidos que vengan del útero á infectar la herida, se introduce una ampolla vaginal para conducir por medio su tubo estos líquidos á un lugar separado.

Colocado el operador entre las piernas de la enferma y con las manos bien desinfectadas, marca con tintura de yodo, las espinas pubianas casi al nivel del borde superior de la sínfisis; señala de igual manera sobre los grandes labios el arco pubiano, haciendo constar aquí la altura á que se encuentra el clítoris y á qué punto ha de ir á parar la extremidad inferior de la incisión que debe descender hasta un milímetro del borde libre del ligamento subpubiano.

Practica una incisión de ocho centímetros siguiendo la línea media, cuatro por arriba y cuatro por debajo del borde superior del púbis, interesa la piel y el tejido celular; separa los músculos rectos para facilitar la introducción del dedo índice de la mano izquierda, el que conduce hasta la fosa pre vesical y separando los tejidos vecinos lo hace llegar al borde inferior de la sínfisis; coloca inmediatamente los separadores para divisar el fondo de la herida que es blanco y duro al tacto.

Lleva el bisturí á los lados del clítoris, toma una pinza con la cual coje los manojos del ligamento suspensorio y los corta cuidadosamente; hace un ojal en la línea blanca y por él introduce una rama de las tijeras rectas para incindirla.

Hendida la línea blanca, se coloca nuevamente el índice de la mano izquierda en la cara posterior de la sínfisis con el objeto de que sirva de guía á la *sonda curva acanalada* la cual se introduce de arriba á abajo, con el fin de completar la separación de los tejidos cercanos procurando no interesar el periostio.

Si el tocólogo tiene á la mano un *corta-púbis* lo sustituirá por la sonda curva; pero si opera con un bisturí delgado, detendrá firmemente la sonda que ha introducido de nuevo por el borde inferior del púbis y siguiendo este mismo plano, hará una primera incisión sobre la sínfisis de arriba á abajo haciendo caminar el bísturi por en medio de la canal protectriz. En esta incisión interesará el manojo fibro-cartilaginoso y parte de la articulación; para concluir sacará la sonda volviéndola á introducir en sentido inverso de arriba á abajo para terminar la sección de la sínfisis lo que constituye el primer tiempo de la operación.

Separación de los huesos iliacos.—Se ordenará á los ayudantes que tienen los muslos en flexión dejar caer las rodillas en abducción, con lo que se logra separar los huesos de la sínfisis; más si se quiere una separación mayor se introduce entre las huesos pubianos el *separador registrador de Collin* teniendo cuidado de que los mangos queden elevados con el propósito de que la vulva y la herida sean accesibles por debajo.

El separador se hace maniobrar con ambas manos; cuando indica una separación mayor de cuatro ó cinco centímetros, es necesario valerse del índice izquierdo para averiguar el grado de tensión del clítoris y demás partes blandas, que se distienden llegando á desprenderse de sus inserciones óseas cuando la abertura de los huesos es muy grande.

En este momento se hará una aplicación moderada de fórceps para ver si el encajamiento de la cabeza se hace con facilidad, suspendiéndola en cuanto

se note la menor resistencia, para continuar la separación de los huesos; la que puede llegar á obtener un máximo de siete centímetros que dará un aumento en el diámetro promonto-púbico de catorce milímetros á razón de dos por cada centímetro de separación, más veinte que corresponden al segmento de ovoide introducido entre las ramas pubianas hacen un total de treinticuatro milímetros de aumento para los diámetros antero-posteriores.

Estracción del feto.—Estando el ovoide cefálico situado en el estrecho superior al nivel del promontorio, se introduce la *palanca prenso mensuradora de Farabeuf* procurando que el occipucio quede entre sus ramas en la dirección de su diámetro biparietal. Cuando se tiene seguridad que la cabeza está cojida, se tira la palanca elevando el mango con el objeto de hacer pasar por delante del promontorio el parietal posterior; se hace en seguida descender el instrumento para colocar el parietal anterior debajo del borde superior de la sínfisis. Encontrándose la cabeza en el estrecho inferior con el occipucio hacia delante, se termina la extracción imprimiéndole al prensador un nuevo movimiento de báscula, á falta de éste se puede hacer uso del fórceps ordinario.

El alumbramiento se hace en ciertos casos expontáneamente; en otros hay necesidad de ejercer sobre la placenta tracciones moderadas, unidas á la expresión uterina En el caso que hallan desaparecido las contracciones del útero se recurrirá al alumbramiento artificial.

Después de haber sido expulsada la placenta se harán irrigaciones vaginales é intrauterinas con una solución de bicloruro de mercurio al 1/4,000 ó de acido fénico al 20/1,000.

Sutura de la herida cutánea y restauración de la solidez pelviana.—Para la unión de los bordes de la herida se aproxima de tal manera los muslos que solodejen un

espacio suficiente para la sutura. Antes se procede á las suturas profundas que se hacen por medio de una aguja curva; ésta atraviesa las partes blandas hasta el nivel de la cara anterior del púbis, cuyos huesos se mantienen unidos con la *pinza fijatriz*. Los puntos de sutura profundos se hacen con seda ó crin de Florencia en numero de tres ó cuatro según la extensión de la herida, los superficiales se harán al nivel de los otros ó en sus interválos.

Cuando por alguna circunstancia se teme la infección, no está demás poner un *drenage* debajo del púbis ó arriba de éste.

Hechas las suturas se protegen con una curación antiséptica teniendo cuidado de introducir en la vagina un tapón de gaza iodoformada para evitar que los líquidos salidos de los órganos genitales infecten la herida.

La mejor manera de inmovilizar los huesos iliacos es la de aplicar el *cinturón metálico de Collin;* á falta de éste se unirán los muslos con dos cintas colocadas: una en la parte superior de éstos, y la otra por encima de las articulaciones tibio-tarsianas.

Cuidados consecutivos.—La inmovilidad durante algunos días después de la operación ha sido recomendada especialmente. El régimen alimenticio continuará siendo el ordinario. Si la micción no se hace con regularidad ó algún obstáculo se opone á ello, se hará el cateterismo con una sonda de cautchuc las veces que sea necesario.

Es importante revisar diariamente la curación y cambiarla si hubiere necesidad en caso de que se ensucie.

Al tercero ó cuarto día se extrae el tapón vaginal, sustituyéndolo por irrigaciones antisépticas diarias.

Los hilos de sutura podrán quitarse al octavo dia de la operación.

La cintura metálica se mantendrá colocada durante doce ó quince dias, y la enferma no podrá hacer movimientos ni levantarse sino cuando hallan transcurrido veinticinco ó treinta.

Complicaciones.—*Para la madre:* la infección, las hemorragias, la rasgadura de la pared vaginal, las fístulas vesico-vaginales por rotura de la vejiga, la retención de la orina y principalmente la oclusión intestinal por la compresión del útero sobre el recto después del alumbramiento ocasionada por la unión de los púbis en una pélvis aplanada.

Para el niño: cuando éste muere á consecuencia de un largo trabajo y de su poca resistencia á los esfuerzos de extracción; la separación insuficiente de la pélvis y por consiguiente la compresión y aplastamiento cefálico; la resistencia del orificio vaginal nó, ó incompletamente dilatado, de donde resulta una prolongación del trabajo peligrosa para el niño.

De las complicaciones enunciadas, merecen especial cuidado: la infección y la separación insuficiente de los huesos que solo del operador depende el evitarlas.

Pronóstico.—Puede asegurarse de una manera general, que cuando la sinfisiotomía se hace con rigurosa antisepsia y en una mujer alentada no habiendo sufrido el niño traumatismo alguno, el resultado para ambos será satisfactorio; como lo demuestran las estadísticas de los años de 1892, 93 y 94 en la Clínica Baudelocque; en 49 agrandamientos momentáneos de la pélvis los resultados han sido como sigue:

45 mujeres curadas	44 niños vivos
4 ,, muertas	5 ,, muertos
49	49

Entre las mujeres muertas hubo 2 de oclusión intestinal y 2 de septicemia, adquirida antes de su ingreso al Hospital.

De los niños fallecidos, 4 murieron algunos días después de su nacimiento y 1 que murió antes.

En 24 operaciones hechas por Morisani en la Clínica Obstétrica de Nápoles, hubo 24 madres curadas y 29 niños vivos.

En 20 casos, operados por Pinard y otros profesores en la Clínica Baudelocque durante este año no ha habido un caso de muerte. (1)

De lo dicho se deduce que la sección del púbis constituye, hoy dia, una operación verdaderamente benigna que no compromete la vida por si sola. Esta benignidad nos lo está demostrando la estadística mencionada á pesar de ser muy incompleta.

Conclusiones.

Por la comparación de los casos que reclaman de una manera directa el parto prematuro artificial y la Sinfisiotomía, así como de los mejores procedimientos hasta hora inventados con este fin, se deduce: 1o. que el parto provocado será de positiva utilidad en todo caso en que el estado grave de la madre así lo exija como único medio de poderle garantizar la vida; 2o. en toda estrechez pelviana cuando ésta es inferior á seis centímetros, ó aumento de volúmen del feto

(1) Annales de Ginécologie et D'Obstetrique, por Pajot, Tillaux Pinard y Leblond. Tome XLI II. 1895.

por hipermegalia de alguna región, hacen de igual manera justificable la provocación del parto; 3o. que la sinfisiotomía, ha venido á sustituir al parto prematuro en las estrecheces de la pélvis comprendidas entre seis y nueve centímetros como nos lo están demostrando las estadísticas mencionadas y 4o. que siendo la sección del púbis una operación fácil y benigna para la madre y el niño, puesto que no compromete la vida de ninguno de los dos, sería altamente reprochable la conducta de un tocólogo que al ser llamado por una mujer que tuviera una mediana estrechez de la pélvis provocara el parto prematuro en vez de esperar tranquilo el término del embarazo para intervenir con la sinfisiotomía que le daria en último resultado un niño alentado y robusto.

PROPOSICIONES

FÍSICA MÉDICA.—Diversas clases de estetoscopios.
ANATOMÍA DESCRIPTIVA.—Descripción del riñón
HISTOLOGÍA.—Tubos nerviosos
BOTÁNICA MÉDICA.—Acónitum napellus.
ZOOLOGÍA MÉDICA.—Acarus scabiei.
FISIOLOGÍA.—Función de la menstruación.
QUÍMICA INORGÁNICA.—Tártaro estibiado.
QUÍMICA ORGÁNICA.—Urea.
PATOLOGÍA GENERAL.—Percusión.
" INTERNA.—Epilepsía.
" EXTERNA.—Blenorragia.
MEDICINA OPERATORIA.—Talla hipogástrica.
CLÍNICA QUIRÚRGICA.—Diagnóstico de los tumores de la mama
CLÍNICA MÉDICA.—Diagnóstico de los cólicos hepáticos.
HIGIENE.—Uso del corsé.
MATERIA MÉDICA.—Quinas.
TERAPÉUTICA.—Acción de la digital
OBSTETRICIA.—Vicios de conformación de la pélvis.
TOXICOLOGÍA.—Envenenamiento por el láudano.
MEDICINA LEGAL.—Motivos de oposición al matrimonio.
FARMACIA.—Píldoras.

ERRATAS

PÁGINA	DICE	LÉASE
11	tubo	tuvo
13	pelvímetos.............	pelvímetros
17	Hüster	Hüter
23	Clínica á Baudelocque..,	Clínica Baudelocque
24	Mnjer...	Mujer
24	da....................	dá
25	relasiones	relaciones
28	solodejen......	solo dejen

NOTA.—*La premura del tiempo de que se dispuso para la impresión de la presente Tésis, y por lo que solo se le hizo una ligera corrección, nos ha inducido á poner esta fé de erratas á su final.*

